



Veillez faire votre dossier de préadmission en ligne sur :  
**ramsayservices.fr** (QR code à coté) - Cette admission doit être faite **au plus tard 10 jours avant la date d'admission** à l'Hôpital privé Sainte-Marie **et AVANT votre consultation anesthésique.**



Si vous ne pouvez pas faire votre préadmission en ligne : Merci de vous rendre au service préadmission du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 - **Veillez apporter les originaux des documents suivants** : Pièce d'identité (**Attention : pour les mineurs le livret de famille est obligatoire**) + Carte vitale ou attestation CMU / AME + Carte mutuelle et prise en

<u>MALADE</u>	<u>ASSURÉ</u>
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Nom de naissance _____	Nom de naissance _____
<b>Situation familiale (entourer votre choix)</b>	
Marié*      Divorcé*      Célibataire*      Veuf/veuve*	
Date de naissance _____	Nom _____
Adresse _____	Adresse _____
_____	N°SS _____
Tél domicile _____	<b>Chambre particulière</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Portable ( <b>obligatoire</b> ) _____	<b>ALD</b> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Adresse mail _____	<b>MUTUELLE (Demander un accord de prise en charge – Faute de document attestant votre prise en charge, il vous sera demandé d'avancer les frais non couverts)</b>
Médecin Référent _____	Nom _____
Médecin Prescripteur _____	Adresse _____
	N°adhérent _____
<b><u>PERSONNES A PRÉVENIR</u></b>	<b><u>AMBULANCIER OU TRANSPORT</u></b>
Tél : _____	
<u>HONORAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</u>	
Du Docteur _____	De l'Anesthésiste _____
Montant accepté par le patient _____ <i>(ce montant sera réglé intégralement et indépendamment de la facture de la Clinique, au Cabinet médical du Chirurgien)</i>	Montant accepté par le patient _____ <i>(ce montant sera réglé intégralement et indépendamment de la facture de la Clinique, à la sortie du patient)</i>
<b><u>Cachet et signature du praticien</u></b>	<b><u>Cachet et signature du praticien</u></b>
<i>Je certifie exacts les renseignements ci-contre.</i>	
<i>Je certifie avoir pris connaissance des honoraires non remboursés</i>	<b><u>Signature du patient ou de son représentant</u></b>
Le _____	
<b><u>ENTRÉE PRÉVUE</u></b> Pour le Docteur _____	
Le _____ à _____ heures	
<b><u>SERVICE</u></b> : MEDECINE <input type="checkbox"/> CHIRURGIE <input type="checkbox"/> AMBULATOIRE <input type="checkbox"/> Pathologie	
Livret Accueil ou Passeport AMBU remis : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus du patient de recevoir le livret <input type="checkbox"/>	

